



Một Ngày Mai Khỏe Mạnh Hơn Bắt Đầu Từ Hôm Nay

GỌI SỐ ĐIỆN THOẠI MIỄN PHÍ, 1-800-880-5305

Dùng Mẫu Đơn Gửi Thư Này Để Nộp Đơn Xin



Bảo Hiểm Sức Khỏe Miễn Phí cho Trẻ Em, từ Sơ Sinh Đến 18 Tuổi, và Phụ Nữ Có Thai

- Cung cấp miễn phí đủ loại quyền lợi về sức khỏe, nha khoa và thị lực cho trẻ em.
- Không có bảo phí hàng tháng.
- Không phải đóng khoản đồng chi trả cho bất cứ quyền lợi nào.
- Có thể chọn lựa các chương trình bảo hiểm sức khỏe tại hầu hết các trung tâm đồng dân cư.
- Tài sản gia đình (chẳng hạn như các trương mục tiết kiệm hoặc xe) không tính vào điều kiện được hưởng.
- Thêm nhiều trẻ em có lợi tức gia đình cao hội đủ điều kiện hưởng **Medi-Cal miễn phí**.
- Dành cho trẻ em của các gia đình có cả cha lẫn mẹ hoặc chỉ có cha hoặc mẹ đang đi làm.
- Mẫu đơn gửi thư. Không cần phải đến văn phòng trợ cấp xã hội để làm đơn.



Bảo Hiểm Sức Khỏe Với Bảo Phí Thấp cho Trẻ Em Từ Sơ Sinh Đến 18 Tuổi

- Cung cấp đủ loại quyền lợi về sức khỏe, nha khoa và thị lực với bảo phí thấp.
- Bảo phí thấp hàng tháng từ \$4 cho mỗi trẻ cho đến tối đa là \$45 cho mỗi gia đình.
- Không phải đóng khoản đồng chi trả cho các dịch vụ phòng ngừa (chẳng hạn như chủng ngừa). \$5 đồng chi trả cho các dịch vụ không phải để phòng ngừa (chẳng hạn như đi khám bác sĩ vì bị đau ốm).
- Có thể chọn lựa các chương trình bảo hiểm sức khỏe, nha khoa và thị lực.
- Tài sản gia đình (chẳng hạn như các trương mục tiết kiệm hoặc xe) không tính vào điều kiện được hưởng.
- Dành cho trẻ em không có bảo hiểm sức khỏe và những trẻ có **Medi-Cal với phần đóng góp phí tổn**.
- Dành cho trẻ em của các gia đình chỉ có cha hoặc mẹ hoặc có cả cha lẫn mẹ đang đi làm.
- Mẫu đơn gửi thư.
- Nộp đơn trước tối đa là 3 tháng cho trẻ chưa sinh, hoặc trẻ sẽ đủ 1 hoặc 6 tuổi và bị mất **Medi-Cal miễn phí**.

Medi-Cal và Healthy Families là hai chương trình chăm sóc sức khỏe:

- Số người trong gia đình, tuổi của trẻ và lợi tức sẽ quyết định xem trẻ hội đủ điều kiện cho chương trình nào. Trẻ nhỏ có thể hội đủ điều kiện hưởng **Medi-Cal miễn phí** và trẻ lớn hơn có thể hội đủ điều kiện cho chương trình **Healthy Families**.
- Nếu đứa trẻ hội đủ điều kiện hưởng **Medi-Cal miễn phí** thì **không hội đủ điều kiện** cho chương trình **Healthy Families**. 
- Nếu vì lợi tức của quý vị quá cao nên không thể hội đủ điều kiện hưởng **Medi-Cal miễn phí**, con quý vị **có thể hội đủ điều kiện** cho chương trình **Healthy Families**.

Muốn dùng mẫu đơn này để hội đủ điều kiện cho Medi-Cal hoặc Healthy Families, người xin phải:

- Dưới 19 tuổi, hoặc là phụ nữ có thai
- Có lợi tức trong mức quy định
- Là cư dân tại California
- Có quốc tịch, công dân Hoa Kỳ hoặc ngoại kiều hội đủ điều kiện. Bất luận tình trạng di trú hoặc ngày nhập cảnh là thế nào, trẻ em hoặc một phụ nữ có thai có thể hưởng một dạng **Medi-Cal** nào đó.

CÁCH NỘP ĐƠN XIN:

- Muốn nộp đơn, quý vị **không** cần phải tính xem đứa trẻ hoặc phụ nữ có thai hội đủ điều kiện cho (các) chương trình nào.
- Chỉ cần điền đơn từ trang A1-A3 và gửi đơn đi kèm với tất cả các văn kiện cần thiết.
 - Nếu con quý vị xem ra có thể hội đủ điều kiện cho chương trình **Healthy Families**, quý vị cũng có thể điền trang A4. Gửi cả 4 trang (A1-A4), kèm với bảo phí và tất cả các văn kiện cần thiết. Quý vị có thể điền đơn ngay bây giờ hoặc chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị sau khi đã quyết định là con quý vị hội đủ điều kiện. Nếu quý vị điền đơn ngay bây giờ, bảo hiểm sẽ được bắt đầu sớm hơn.
 - Ngay cả trước khi quý vị biết rằng con quý vị hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm **Medi-Cal**, quý vị có thể gọi số 1-800-430-8008 (số điện thoại miễn phí), để tìm hiểu về các chương trình bảo hiểm sức khỏe có trong khu vực của quý vị và để yêu cầu tập thông tin hướng dẫn cùng với những mẫu đơn ghi danh.

QUÝ VỊ CÓ CẦN GIÚP ĐỠ HAY KHÔNG? DỊCH VỤ NÀY MIỄN PHÍ!

Nếu quý vị muốn biết mình hội đủ điều kiện cho chương trình nào **trước khi** ký tên vào đơn để gửi đi, hoặc nếu quý vị cần được giúp điền đơn, hãy gọi cho chúng tôi tại số **điện thoại miễn phí, 1-800-880-5305**. Nhân viên tổng đài của chúng tôi cũng có thể cho quý vị biết tên và số điện thoại của Nhân Viên Trợ Giúp Điền Đơn Chính Thức đã được huấn luyện tại địa phương của quý vị.

LỢI TỤC TỔNG QUÁT HÀNG THÁNG (Hiệu lực kể từ ngày 1 tháng 4, năm 2006)

Quý vị không cần phải biết con quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình nào, nhưng quý vị có thể dùng bảng dưới đây nếu muốn có khái niệm trước. Nếu lợi tức của gia đình quý vị bằng hoặc dưới mức liệt kê trong bảng dưới đây, con quý vị có thể hội đủ điều kiện cho **Healthy Family** hoặc **Medi-Cal miễn phí**. Nếu quý vị có làm việc, phải trả chi phí giữ trẻ, hoặc trả/nhận tiền cấp dưỡng cho con và/hoặc tiền chu cấp cho người phổi ngẫu, chúng tôi có thể giảm bớt cấp lợi tức gia đình. Phần chỉ dẫn này sẽ giải thích về lợi tức gia đình, số người trong gia đình và các khoản được phép khấu trừ. Muốn biết chi tiết về trường hợp gia đình có nhiều người hơn, hãy gọi cho chúng tôi tại số **điện thoại miễn phí 1-800-880-5305** hoặc nhờ một Nhân Viên Trợ Giúp Điền Đơn Chính Thức.

SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH	TRẺ TỪ SƠ SINH ĐẾN 1 TUỔI HOẶC PHỤ NỮ CÓ THAI MEDI-CAL	TRẺ TỪ SƠ SINH ĐẾN 1 TUỔI HEALTHY FAMILIES	TRẺ EM TỪ 1 ĐẾN 5 TUỔI MEDI-CAL	TRẺ EM TỪ 1 ĐẾN 5 TUỔI HEALTHY FAMILIES	TRẺ EM TỪ 6 ĐẾN 18 TUỔI MEDI-CAL	TRẺ EM TỪ 6 ĐẾN 18 TUỔI HEALTHY FAMILIES
1	\$0 - \$1,634	\$1,635 - \$2,042	\$0 - \$1,087	\$1,088 - \$2,042	\$0 - \$ 817	\$ 818 - \$2,042
2	\$0 - \$2,200	\$2,201 - \$2,750	\$0 - \$1,463	\$1,464 - \$2,750	\$0 - \$1,100	\$1,101 - \$2,750
3	\$0 - \$2,767	\$2,768 - \$3,459	\$0 - \$1,840	\$1,841 - \$3,459	\$0 - \$1,384	\$1,385 - \$3,459
4	\$0 - \$3,334	\$3,335 - \$4,167	\$0 - \$2,217	\$2,218 - \$4,167	\$0 - \$1,667	\$1,668 - \$4,167
5	\$0 - \$3,900	\$3,901 - \$4,875	\$0 - \$2,594	\$2,595 - \$4,875	\$0 - \$1,950	\$1,951 - \$4,875
6	\$0 - \$4,467	\$4,468 - \$5,584	\$0 - \$2,971	\$2,972 - \$5,584	\$0 - \$2,234	\$2,235 - \$5,584

CHỈ DẪN ĐIỀN ĐƠN

ĐOẠN 1

Cho chúng tôi biết chi tiết về người nộp đơn xin cho trẻ, phụ nữ có thai, trẻ chưa sinh, hoặc chính người đó.

Câu Hỏi 16

Chúng tôi khuyến khích quý vị tận dụng chương trình chăm sóc sức khỏe cho các con của quý vị bất luận các em hội đủ điều kiện cho chương trình nào.

• **Trẻ Em:** Chúng tôi sẽ ghi danh cho con quý vị vào chương trình nào em hội đủ điều kiện trừ phi quý vị yêu cầu chúng tôi không ghi danh vào chương trình đó. Nếu quý vị không muốn cho trẻ ghi danh vào một trong các chương trình này, hãy cho chúng tôi biết bằng cách đánh dấu vào ô của chương trình quý vị không muốn. Điều này có nghĩa là nếu quý vị đánh dấu vào ô **Medi-Cal** và con quý vị lại hội đủ điều kiện cho **Medi-Cal**, em sẽ không được bảo hiểm sức khỏe của bất cứ chương trình nào.

• **Phụ Nữ Có Thai:** Chương Trình Dành Cho Trẻ Sơ Sinh và Mẹ (AIM) cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho các phụ nữ có thai không có bảo hiểm mà lợi tức lại cao hơn mức hội đủ điều kiện hưởng **Medi-Cal miễn phí**. Muốn biết thêm chi tiết và xin mẫu đơn cho AIM, gọi số **1-800-433-2611**.

ĐOẠN 2

Cho chúng tôi biết chi tiết về các trẻ dưới 19 tuổi và/hoặc phụ nữ có thai muốn được bảo hiểm sức khỏe.

Trả lời Các Câu Hỏi 17-32 về mỗi trẻ hoặc phụ nữ có thai muốn được bảo hiểm sức khỏe. Nếu quý vị đang nộp đơn cho một trẻ chưa sinh, hãy đánh dấu vào ô trẻ chưa sinh trong cột **Trẻ 1** và cung cấp cho chúng tôi các chi tiết quý vị được biết vào lúc này. Bảo hiểm cho trẻ chưa sinh sẽ bắt đầu sau khi **Healthy Families** nhận được giấy tờ chứng minh sinh nở. Muốn thêm các trẻ khác, hãy dùng một tờ giấy khác hoặc sao chụp các trang A1 và A2 của đơn xin.

Câu Hỏi 18

Hãy trả lời câu hỏi này nếu khác với câu trả lời cho Câu Hỏi 17.

Câu Hỏi 19

Ghi đầy đủ địa chỉ gồm cả Số Nhà và Tên Đường, Số Phòng, Thành Phố và Số Zip, nếu khác với địa chỉ ở Đoạn 1.

Câu Hỏi 20

Mỗi trẻ hoặc phụ nữ có thai có liên hệ như thế nào với người có tên trong Đoạn 1, Câu Hỏi 1. **Thí dụ:** con gái, người phổi ngẫu, con ghê, cháu trai, v.v...

ĐƠN XIN

Xin đọc lời chỉ dẫn điền đơn.

Viết theo kiểu chữ in rõ ràng. Chỉ dùng bút mực đen hoặc xanh.

ĐOẠN 1: Cho chúng tôi biết về người nộp đơn cho trẻ, phụ nữ có thai, trẻ chưa sinh, hoặc chính người đó.

1	HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT	2	NGÀY SINH THÁNG / NGÀY / NĂM	
3	ĐỊA CHỈ NHÀ (SỐ NHÀ VÀ TÊN ĐƯỜNG). ĐỪNG DÙNG HỘP THƯ		4	SỐ PHÒNG	5	SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ ()
6	THÀNH PHỐ	7 QUẬN	8 SỐ ZIP	9	SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ ()	
10	ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ TRÊN) HOẶC HỘP THƯ		11	SỐ PHÒNG	12	SỐ ĐIỆN THOẠI NHẮN TIN ()
13	THÀNH PHỐ			14	SỐ ZIP	
15A	QUÝ VỊ RÀNH NGÔN NGỮ NÀO NHẤT?	15B QUÝ VỊ ĐỌC ĐƯỢC NGÔN NGỮ NÀO THÀNH THẠO NHẤT?				

16 Chúng tôi sẽ ghi danh đứa trẻ hoặc phụ nữ có thai vào chương trình họ hội đủ điều kiện. Nếu quý vị không muốn ghi danh vào một trong các chương trình này, xin đánh dấu vào (các) ô dưới đây.

TÔI KHÔNG MUỐN: Healthy Families: Đừng gửi giấy khai sinh. Đừng điền Trang Healthy Families.
 Medi-Cal

ĐOẠN 2: Cho chúng tôi biết về các trẻ dưới 19 tuổi và/hoặc phụ nữ có thai muốn được bảo hiểm sức khỏe.

Trẻ 1 hoặc
Chưa Sinh

Trẻ 2

Trẻ 3

Trẻ 4

Phụ Nữ Có
Thai

Dánh dấu vào ô nếu chưa sinh

17	Tên: Họ Tên Tên Đệm	Trẻ 1 hoặc Chưa Sinh	Trẻ 2	Trẻ 3	Trẻ 4	Phụ Nữ Có Thai
18	Tên trên Giấy Khai Sinh: (Nếu cùng tên như # 17 trên đây, hãy để trống)	Họ Tên Tên Đệm				
19	Nếu địa chỉ của trẻ không cùng địa chỉ như trong Đoạn 1, Câu Hỏi 3, hãy ghi đầy đủ địa chỉ:					
20	Liên hệ với người có tên trong Đoạn 1:					
21	Phái:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
22	Ngày Sinh:	/ / THÁNG NGÀY NĂM	/ / THÁNG NGÀY NĂM	/ / THÁNG NGÀY NĂM	/ / THÁNG NGÀY NĂM	/ / THÁNG NGÀY NĂM
23	Nơi Sinh: Quận hoặc Tiểu Bang hoặc Quốc Gia, nếu ngoài Hoa Kỳ.					
24	Mã Số Sắc Tộc: (Xem Chỉ Dẫn số 24)					
25	Quốc Tịch hoặc Công Dân Hoa Kỳ? Nếu "không", xin viết ngày nhập cảnh Hoa Kỳ.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM
26	Số An Sinh Xã Hội:	Không cần cung cấp số An Sinh Xã Hội nếu xin chương trình Healthy Families hoặc chỉ xin các dịch vụ liên quan đến thai nghén hoặc cấp cứu mà thôi.				

ĐOẠN 2: Tiếp Theo

Trẻ 1 hoặc
Chưa Sinh

Trẻ 2

Trẻ 3

Trẻ 4

Phụ Nữ Có
Thai

Dành dấu vào ô nếu chưa sinh

27	Tên Người Mẹ: Họ Tên Người mẹ có sống trong nhà hay không?	Họ				
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
28	Tên Người Cha: Họ Tên Người cha có sống trong nhà hay không?	Họ				
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
29	Tên người phối ngẫu của thiếu niên hoặc tên chồng của phụ nữ có thai (Nếu sống chung nhau)					
30	Có bất cứ người nào đang được nộp đơn xin hiện đang có Medi-Cal miễn phí hay không? Nếu "có", ghi ngày chấm dứt/dã chấm dứt	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không / / THÁNG NGÀY NĂM
31	Phụ nữ có thai và/hoặc các trẻ có bảo hiểm nào khác về sức khỏe, nha khoa hoặc thị lực hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
32	Có bất cứ trẻ nào được một hãng sở bảo hiểm trong 90 ngày qua hay không? Nếu "có", đánh dấu vào lý do chính tại sao bảo hiểm lagnung và ghi ngày ngưng. Nếu "có", đánh dấu vào lý do chính tại sao bảo hiểm lagnung và ghi ngày ngưng.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Mất việc làm <input type="checkbox"/> Dọn nhà và không tìm được bảo hiểm <input type="checkbox"/> Sở làm chấm dứt các quyền lợi đối với tất cả nhân viên <input type="checkbox"/> Bảo hiểm COBRA chấm dứt <input type="checkbox"/> Lý do khác / / THÁNG NGÀY NĂM

ĐOẠN 3: Người trong gia đình sống chung một nhà. Số người trong gia đình sẽ được dùng để tính xem các con của quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình nào.

- 33 Liệt kê bất cứ các con nào khác dưới 21 tuổi sống chung nhà mà chưa được ghi tên trong Đoạn 2. Cho biết mối quan hệ với người có tên trong Đoạn 1, Câu Hỏi 1.

HỌ, TÊN

MỐI QUAN HỆ

- 34 Có người nào trong gia đình sống chung nhà đang có thai hay không?

Có Không

Nếu có, ai: _____ Ngày Dự Liệu Sinh Nở: _____

- 35 Liệt kê bất cứ cha mẹ ghê nào sống chung nhà mà chưa được ghi tên: _____

HỌ, TÊN

- 36 Có bất cứ người nào có tên trong Đoạn này, hoặc bất cứ cha mẹ nào có tên trong Đoạn 2, muốn xin **Medi-Cal** hay không?

Có Không

ĐOẠN 4: Liệt kê số lợi tức gộp (trước khi trừ thuế) của tất cả những người sống chung nhà có tên trong Đoạn 2, Các Câu Hỏi 17, 27, 28, 29 và Đoạn 3. Nếu tự làm lấy cho mình hoặc dùng đơn khai thuế lợi tức liên bang để chứng minh lợi tức, chỉ cần điền Các Câu Hỏi 37, 38 và 40 trong đoạn này.

37	TÊN NGƯỜI CÓ LỢI TỨC	38	NGUỒN LỢI TỨC?	39	BAO LÂU LÃNH MỘT LẦN?	40	LỢI TỨC GỘP LÀ BAO NHIỀU?	41	SỐ AN SINH XÃ HỘI (Nhiệm Ý)
1.									
2.									
3.									
4.									

ĐOẠN 5: Các Khoản Khấu Trừ trong Lợi Tức Gia Đình. Các câu trả lời trong đoạn này sẽ giúp quyết định có thể trừ bớt bao nhiêu trong lợi tức gộp của gia đình quý vị.

42	LOẠI TIỀN GIA ĐÌNH QUÝ VỊ PHẢI TRẢ	43	TÊN NGƯỜI TRÁ TIỀN	44	SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG
Tiền Cấp Dưỡng Cho Con					
Tiền Chu Cấp cho Người Phối Ngẫu					

45	GIỮ TRẺ HOẶC CHĂM SÓC CHO NGƯỜI CÒN NƯỚNG TỰA (Ghi tên trẻ)	46	TUỔI	47	SỐ TIỀN TRẢ HÀNG THÁNG
1.					
2.					
3.					
4.					

ĐOẠN 6: Bảo Hiểm Khác.

- 48 Có người nào khởi kiện vì bị tai nạn hoặc thương tích thay mặt cho phụ nữ có thai và/hoặc đứa trẻ đang nộp đơn xin hưởng quyền lợi hay không? Có Không
- 49 Phụ nữ có thai và/hoặc đứa trẻ có muốn xin Medi-Cal dài hạn cho bất cứ chi phí y khoa nào chưa trả trong 3 tháng qua hay không? Có Không
Nếu "có", ghi (các) tháng đó: _____
- 50 Đánh dấu vào ô này nếu quý vị không muốn Medi-Cal chia sẻ đơn xin của con quý vị với chương trình Healthy Families có chi phí thấp khi con quý vị không còn hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medi-Cal miễn phí.

ĐOẠN 7: Chi tiết tự nguyện. Không đòi hỏi phải cung cấp. Các câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến tư cách hội đủ điều kiện của quý vị nhưng sẽ giúp tiểu bang có được thêm tiền của liên bang để dài hạn cho các chương trình chăm sóc sức khỏe.

- 51 Trong nhà của trẻ có nhiều hơn một xe hay không? Có Không
- 52 Có nhiều hơn \$3,150 trong các trương mục ngân hàng của nhà của trẻ hay không? Có Không

ĐOẠN 8: Chữ Ký và Chứng Thực.

- 53 Tôi tuyên bố rằng các câu trả lời của tôi trong đơn này, các lời tuyên khai, và các văn kiện nộp kèm đều là sự thực và đúng theo hết khả năng hiểu biết của tôi và tôi sẽ chịu phạt theo luật pháp của Tiểu Bang California nếu khai man. Tôi tuyên bố rằng tôi đã đọc và hiểu các chỉ dẫn đơn giản, các lời tuyên khai, và tất cả mọi chi tiết trong đơn này.
- Chữ Ký _____ Ngày _____
- Chữ Ký Nhân Chứng _____ Ngày _____
(Nếu đương đơn ký bằng cách đánh dấu)
- Đại Diện Hợp Lệ (Nếu có) _____ Ngày _____

ĐOẠN 9: Chỉ điền nếu quý vị hiện đang được một Người Trợ Giúp Đeniable Đơn Xin Có Chứng Nhận (CAA) trợ giúp.

- 54 Nếu quý vị muốn tiết lộ dữ kiện cho CAA, xin trả lời câu hỏi sau đây:
- Khi đánh dấu vào ô này và ký tên dưới đây, Tôi cho phép chương trình Healthy Families và Medi-Cal cung cấp tin tức qua điện thoại về tình trạng của Đơn Xin này cho đại diện của Tổ Chức Ghi Danh Hội Viên dưới đây. Sự cho phép này sẽ kết thúc vào ngày chương trình gửi thư thông báo quyết định về tình trạng hội đủ điều kiện đối với Đơn Xin này.
- 55 Tôi xác nhận rằng Người Trợ Giúp Đeniable Đơn Xin Có Chứng Nhận dưới đây đã giúp tôi điền đơn xin. Dịch vụ CAA trợ giúp này là MIỄN phí. CAA#: EE#: Ngày _____
- Chữ Ký Đương Đơn _____ Ngày _____
- Chữ Ký CAA _____ Ngày _____
- Tiểu bang sẽ không trả thù lao cho tổ chức ghi danh hội viên, trừ khi câu hỏi này được điền đúng và đầy đủ vào thời điểm Nộp Đơn Xin này.



Nếu xem chừng như quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình **Healthy Families** và muốn chọn chương trình sức khỏe, nha khoa và thị lực ngay bây giờ, hãy điền trang này. Nếu không, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị sau để hỏi chi tiết này. Xem **Cẩm Nang Healthy Families** của quý vị để biết thêm chi tiết, hoặc ghé đến web site của chúng tôi tại www.healthyfamilies.ca.gov.

ĐOẠN A: Chọn Lựa Chương Trình Sức Khỏe, Nha Khoa và Thị Lực.

56	Chương Trình Sức Khỏe/Mã Số	57	Chương Trình Nha Khoa/Mã Số	58	Chương Trình Thị Lực/Mã Số		
59	Tên Bác Sĩ/Y Viện (nhiệm ý)	60	Mã Số Bác Sĩ/Y Viện (nhiệm ý)	61	Tên Nha Sĩ/Y Viện (nhiệm ý)	62	Mã Số Nha Sĩ/Y Viện (nhiệm ý)

ĐOẠN B: Dự Án Thí Điểm.

63 Nếu quý vị thuộc bất cứ nhóm nào sau đây, nay có loại kết hợp chương trình sức khỏe, nha khoa và thị lực mới trên toàn tiểu bang dành cho quý vị. Quý vị có thể chọn chương trình tổng hợp mới này và ghi mã số trong ô dưới đây. Xem **Cẩm Nang Healthy Families** để biết mã số kết hợp chương trình này. Đánh dấu vào tất cả các ô áp dụng cho quý vị.

Thủ Dân Mỹ Châu **HOẶC** Làm các loại việc theo mùa hoặc phải di nơi khác làm: Nông Nghiệp Lâm Nghiệp Ngư Nghiệp

Mã Số Chương Trình Tổng Hợp

ĐOẠN C: Lời Tuyên Khai cho Chương Trình Healthy Families.

Tôi tuyên khai là mỗi người đang được tôi nộp đơn xin cho họ đều:

- là cư dân tại California.
- không đang bị giam tù hoặc trong một bệnh viện tâm thần.
- không hội đủ điều kiện cho Medicare Phần A và Phần B.
- không phải là một người trong gia đình hội đủ điều kiện hưởng các quyền lợi về sức khỏe từ (Các) Chương Trình Quyền Lợi Sức Khỏe của Hệ Thống Công Chức Hồi Hữu California.

Tôi tuyên khai thêm rằng:

- tất cả những người có tên trong đơn này sẽ tuân hành các điều luật tham gia, tiến trình tái duyệt mức sử dụng và tiến trình giải quyết tranh chấp của các chương trình sức khỏe tham gia mà người đó có ghi danh gianhập.
- Tôi đã đọc và hiểu **Cẩm Nang Healthy Families**. Tôi hiểu các chi tiết trong cẩm nang này về mỗi chương trình sức khỏe, nha khoa và thị lực cùng các quyền lợi do họ cung cấp.

- Tôi nộp đơn cho tất cả các con tôi hội đủ điều kiện cho chương trình **Healthy Families**, trừ phi chúng đã ghi danh rồi hoặc tôi đủ 18 tuổi và nộp đơn cho chính tôi.
- Tôi đồng ý đóng 6 kỳ bảo phí hàng tháng. Nếu tôi không đóng bảo phí, tôi sẽ bị xóa tên trong chương trình và không được gia nhập lại trong 6 tháng. Tôi sẽ phải trả tiền cho bất cứ dịch vụ nào của **Healthy Families** tôi sử dụng trong tháng sau cùng sau khi chấm dứt bảo hiểm.
- Tôi cho phép **Healthy Families** phối kiểm lợi tức gia đình tôi, bảo hiểm sức khỏe, tình trạng di trú của những người được tôi nộp đơn xin cho họ, và tất cả các dữ kiện khác ghi trong đơn này.
- Tôi đồng ý thông báo cho chương trình trong vòng 30 ngày nếu có thay đổi địa chỉ của bất cứ người nào được nộp đơn xin và được chấp nhận vào chương trình và bất cứ thay đổi nào về địa chỉ nhận hóa đơn của đương đơn.

ĐOẠN D: Thông Báo về Quyền Riêng Tư.

Đạo Luật Thực Hành Thông Tin năm 1977 và Đạo Luật của Liên Bang về Quyền Riêng Tư đòi hỏi Chương Trình **Healthy Families** phải thông báo những điểm sau đây cho những người được **Healthy Families** yêu cầu cung cấp chi tiết:

Các chi tiết cá nhân và y khoa được yêu cầu cung cấp là chỉ để dùng vào các mục đích về danh tính người ghi danh và điều hành chương trình. Các điều lệ của chương trình theo Tiêu Đề 10, CCR, Đoạn 2699.6600 đòi hỏi mỗi cá nhân phải cung cấp một số chi tiết nào đó khi nộp đơn xin Chương Trình **Healthy Families**. Chi tiết của người ghi danh có thể được tiết lộ cho các cơ quan Tiểu Bang và địa phương có liên quan đến việc điều hành các chương trình sức khỏe. Các chi tiết (kể cả tình trạng di trú) về những người không trở thành thành viên chương trình, sẽ chỉ được dùng cho các mục đích quyết định tư cách hội đủ điều kiện và điều hành chương trình mà thôi. Nếu không cung cấp chi tiết này có thể đưa đến việc trả lại đơn vì không đầy đủ.

Các chi tiết sau đây trong đơn không bắt buộc phải cung cấp: số an sinh xã hội, chi tiết về sắc tộc (trừ phi người ghi danh là Thủ Dân Mỹ Châu) và bất cứ mục nào khác được ghi là tự nguyện hoặc nhiệm ý. Mọi người đều có quyền xem các hồ sơ có ghi chi tiết cá nhân của mình do Ủy Ban Bảo Hiểm Y Tế Quản Trị Rủi Ro lưu giữ. Viên chức có trách nhiệm duy trì các chi tiết này là Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board, 1000 G Street, Room 450, Sacramento, California 95814. (916) 324-4695.

ĐOẠN E: Giải Quyết Tranh Chấp.

Nếu quý vị ghi danh gia nhập một số chương trình nào đó là quý vị đồng ý để cho một số trường hợp đòi bồi hoàn (có thể gồm cả các trường hợp đòi bồi thường vì hành nghề y khoa sai lầm) được giải quyết theo tiến trình hòa giải trung lập có giá trị phải tuân theo. Thành viên từ bỏ quyền được bồi thẩm đoàn hoặc tòa án phân xử. **Cẩm Nang Healthy Families** có chi tiết về mỗi chương trình và các điều kiện về tiến trình hòa giải. Quý vị có thể gọi điện thoại trực tiếp cho các chương trình này để hỏi thêm.

ĐOẠN F: Chữ Ký và Chứng Thực.

64 Tôi chứng nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các chi tiết trên đây. Tôi cũng chứng nhận rằng các chi tiết do tôi cung cấp trong đơn này đều là sự thực và đúng.

Chữ Ký _____ Ngày: _____

Chữ Ký Nhân Chứng _____ Ngày: _____
(Nếu đương đơn ký bằng cách đánh dấu)

CHỈ DẪN ĐIỀN ĐƠN

ĐOẠN 2 Tiếp Theo



Câu Hỏi 23

Ghi nơi sinh của mỗi trẻ hoặc phụ nữ có thai. Nếu sinh tại California, hãy ghi tên quận. Nếu sinh ngoài California, viết tên của tiểu bang. Nếu sinh ngoài Hoa Kỳ, viết tên quốc gia đó.

Câu Hỏi 24

Dùng bảng dưới đây để biết mã số hoặc mẫu tự về sắc tộc để trả lời Câu Hỏi 24. Tùy ý quý vị ghi hay không ghi mã số sắc tộc trừ phi quý vị là Thổ Dân Mỹ Châu.

Mã Số Sắc Tộc

1	Người Da Trắng	A	Người Mỹ Lai Á	N	Người Ấn Á Châu
2	Người Gốc Châu Mỹ La Tinh	C	Người Hoa	P	Người Hawaii
3	Người Da Đen/Người Mỹ Gốc Phi Châu	H	Người Cam Bốt	R	Người Đảo Guam
4	Người Á Châu	J	Người Nhật	T	Người Lào
5a	Thổ Dân Mỹ Châu	K	Người Triều Tiên	V	Người Việt
5b	Dân Bản Thổ Alaska	M	Người Samoa	Z	Người Gốc Khác
7	Người Philippines				

Câu Hỏi 25

- Các chi tiết về di trú cung cấp cho chúng tôi trong đơn này là chi tiết riêng tư và được giữ kín. Tiểu Bang chỉ dùng chi tiết này để quyết định xem có hội đủ điều kiện hay không và để điều hành chương trình. (Xem Thông Báo về Quyền Riêng Tư.)

Các chương trình Medi-Cal và Healthy Families không thu thập chi tiết về tình trạng di trú của các cha mẹ/người giám hộ nào không muốn xin bảo hiểm sức khỏe cho chính họ. Các chương trình này không được phép và sẽ không cung cấp chi tiết về tình trạng di trú của những người này cho INS hoặc dùng chi tiết di trú để đòi hỏi hoặc truy thu tiền hoàn trả lại cho các dịch vụ mà những người được hưởng đã tiếp nhận hợp pháp.

- Chỉ** cung cấp chi tiết di trú của những người xin bảo hiểm sức khỏe. Dùng ghi chi tiết của những người (chẳng hạn như cha mẹ) không xin.

- Nhiều di dân có thể hội đủ điều kiện cho Healthy Families và Medi-Cal.

Đối với chương trình Healthy Families: trẻ em phải là ngoại kiều hợp lệ hội đủ điều kiện. **Cẩm Nang Healthy Families** có giải thích ngoại kiều nào có thể hội đủ điều kiện và liệt kê nhiều loại tình trạng di trú.

Đối với chương trình Medi-Cal: trẻ em không có giấy tờ chứng minh và phụ nữ có thai có thể được hưởng các dịch vụ về thai nghén và cấp cứu. Người di dân hội đủ mọi điều kiện về lợi tức và di trú có thể được hưởng **toàn bộ các quyền lợi Medi-Cal**.

Câu Hỏi 26

- Không cần phải cung cấp** số

An Sinh Xã Hội cho chương trình

Healthy Families hoặc những người chỉ muốn hưởng các dịch vụ **Medi-Cal** về thai nghén và cấp cứu.

- Mỗi trẻ em, thiếu niên hoặc phụ nữ có thai muốn xin hưởng **toàn bộ các quyền lợi Medi-Cal** đều phải cung cấp số An Sinh Xã Hội.

- Nếu quý vị không có số An Sinh Xã Hội và muốn xin **toàn bộ các quyền lợi Medi-Cal**, quý vị có thể nộp đơn bảy giờ và cung cấp số an sinh xã hội trong vòng 60 ngày sau.

- Muốn biết thêm chi tiết về cách xin số An Sinh Xã Hội, xin gọi số **điện thoại miễn phí** của Sở An Sinh Xã Hội, **1-800-772-1213**.

Câu Hỏi 27

Viết tên người mẹ của mỗi trẻ và/hoặc phụ nữ có thai. Nếu các trẻ đó đều là con của một người mẹ, viết tên người mẹ cho trẻ 1, rồi viết “cũng vậy” (“same”) cho các trẻ khác và/hoặc phụ nữ có thai.

Câu Hỏi 28

Viết tên người cha của mỗi trẻ và/hoặc phụ nữ có thai. Nếu các trẻ đó đều là con của một người cha, viết tên người cha cho trẻ 1, rồi viết “cũng vậy” cho các trẻ khác và/hoặc phụ nữ có thai.

Câu Hỏi 29

Viết tên người phối ngẫu của thiếu niên nếu người phối ngẫu đó có sống chung trong nhà. Viết tên người chồng của phụ nữ có thai nếu người chồng có sống chung trong nhà.

Câu Hỏi 30

Nếu đứa trẻ đã hoặc hiện đang có **Medi-Cal miễn phí** và quận gửi thông báo cho biết là đứa trẻ đó nay đã hoặc sẽ có **Medi-Cal với phần đóng góp phí tổn nào đó**, đánh dấu vào ô “có”. Ghi ngày bảo hiểm **Medi-Cal miễn phí** sẽ chấm dứt đối với mỗi người. Nếu câu trả lời là “không”, đánh dấu vào ô “không”.

Câu Hỏi 31 và 32

- Đối với **Medi-Cal**: Quý vị có thể hưởng **Medi-Cal miễn phí** và vẫn có bảo hiểm sức khỏe khác. **Medi-Cal** có thể dài thọ cho những loại không được bảo hiểm kia của quý vị dài thọ.
- Đối với **Healthy Families**: Con quý vị sẽ không hội đủ điều kiện cho **Healthy Families** nếu đang có bảo hiểm sức khỏe do hãng sở bảo trợ.

ĐOẠN 3

Những người trong gia đình sống chung nhà. Số người trong gia đình được dùng để quyết định xem con quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình nào.

Ai được xem là người lớn trong gia đình?

- cha mẹ ruột hoặc cha mẹ nuôi của đứa trẻ được hưởng quyền lợi
- người chồng của phụ nữ có thai đang nộp đơn xin
- phụ nữ có thai
- Trẻ dưới tuổi thành niên nhưng không còn được cha mẹ nuôi dưỡng nữa hoặc trẻ dưới tuổi thành niên sống một mình tự nuôi thân



Ai được xem là con ruột và con nuôi?

- trẻ chưa sinh
- tất cả các trẻ dưới 21 tuổi đang sống trong nhà
- tất cả các trẻ dưới 21 tuổi đang đi học xa và được khai là người còn nương tựa cho mục đích thuế vụ

Đừng tính những người trong gia đình đang hưởng trợ cấp công như **SSI/SSP** hoặc **CalWORKs**.

Câu Hỏi 33

Trẻ em dưới 21 tuổi đang sống trong nhà được xem là người trong gia đình để tính số lợi tức gia đình. **Thí dụ:** Nếu có hai trẻ được ghi tên trong Đoạn 2 và hai trẻ được ghi trong Đoạn 3, chúng tôi có thể tính là trong nhà có bốn trẻ chứ không phải hai. Hãy liệt kê các anh em, chị em, anh em ghê, chị em ghê trong nhà nếu chưa được ghi trong Đoạn 2, Câu Hỏi 17 (trẻ 1, trẻ 2, trẻ 3 hoặc trẻ 4).

Câu Hỏi 34

Chăm sóc tiền sản rất quan trọng cho tất cả các phụ nữ có thai. Câu trả lời này sẽ giúp nhân viên của chương trình **Medi-Cal** nhận biết các đơn xin của phụ nữ có thai để tiến hành thủ tục cứu mau hơn.

Câu Hỏi 35

Câu trả lời này sẽ giúp chúng tôi tính đúng số lợi tức của gia đình quý vị.



Câu Hỏi 36

Dánh dấu vào ô “có” nếu là anh em/chị em, anh em ghê/chị em ghê trong hạn tuổi từ 19-21, hoặc cha mẹ hoặc cha mẹ ghê muốn xin bảo hiểm **Medi-Cal**. Nếu quý vị đánh dấu vào ô “có”, quý vị sẽ được liên lạc để hỏi thêm chi tiết.



ĐOẠN 4

Ghi lợi tức của tất cả những người có tên trong Đoạn 2 và 3 sống chung trong nhà. Chi tiết này được dùng để quyết định xem quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình nào.



Câu Hỏi 37

Ghi vào mỗi hàng riêng rẽ cho mỗi người có lợi tức. Nếu có người nào có hai nguồn lợi tức, dùng hai hàng để ghi riêng ra. **Thí dụ:** Nếu Lan có hai việc làm, ghi số lợi tức của mỗi việc vào một hàng riêng.

Câu Hỏi 38

Ghi nguồn lợi tức. **Thí dụ:** lợi tức có thể là từ việc làm (hang sở hoặc tự làm lấy); tiền cấp dưỡng cho con của cha hoặc mẹ không sống chung trong nhà; tiền chu cấp cho người phổi ngẫu của vợ hay chồng trước; tiền trợ cấp của các cơ quan chính phủ như, Bảo Hiểm Khuyết Tật cho Người Còn Sống Hồi Hưu của An Sinh Xã Hội và Cơ Quan Cứu Chiến Bình; các khế ước bảo hiểm; các quỹ hưu bổng; nhà cho thuê; và quà tặng của thân nhân và bạn hữu, v.v... Nếu quý vị không biết phải liệt kê loại lợi tức nào, xin gọi số **điện thoại miễn phí 1-800-880-5305**.



Đừng ghi là lợi tức đối với các loại như tiền trợ cấp SSI/SSP; tiền trả cho quý vị để tạm nuôi trẻ; chương trình vừa làm vừa học của trường đại học; tiền trợ cấp CalWORKs (thay cho AFDC); các khoản tiền vay; và lợi tức của trẻ dưới 14 tuổi hoặc trẻ đang đi học.

Câu Hỏi 39

Số lợi tức này lãnh theo định kỳ như thế nào?

Thí dụ: mỗi tuần một lần (hàng tuần), hai tuần một lần, hai lần một tháng, mỗi tháng một lần, mỗi năm một lần, v.v...

Câu Hỏi 40

- Viết số lợi tức quý vị lãnh mỗi lần.

Thí dụ: nếu lãnh mỗi tuần một lần, viết vào ô số tiền lãnh hàng tuần đó.

- Nếu số lợi tức thỉnh thoảng lại thay đổi, ghi số trung bình trên căn bản đều đặn. Chúng tôi sẽ dùng cuống phiếu lương hoặc các văn kiện khác do quý vị cung cấp để tính đúng số lợi tức hàng tháng.

• Nếu quý vị biết rằng lợi tức gia đình sẽ tăng hoặc giảm **trong vài tháng tới** vì làm giờ phụ trội, thăng chức, tăng lương, tiền trợ cấp cho con/tiền chu cấp cho người phổi ngẫu sẽ tăng, bị cho nghỉ việc, nghỉ phép, v.v... hãy dùng một tờ giấy khác để giải thích. **Thí dụ:** Lợi tức của Lan từ việc làm của cô trong tháng này là \$1000 nhưng lương tháng thường lệ của cô chỉ có \$800. Hãy giải thích trong giấy là tiền lương của Lan gồm \$200 tiền làm giờ phụ trội (hoặc \$200 tiền thưởng), và cho biết cô còn làm giờ phụ trội thêm bao lâu nữa (cô được tiền thưởng bao nhiêu lần nữa).

- Nếu tự làm lấy cho mình, ghi số lợi nhuận ròng từ Bản C (Schedule C) của đơn khai thuế lợi tức liên bang năm ngoái. Hoặc nộp bản kết toán lời lỗ của 3 tháng qua.
- Nếu dùng đơn khai thuế lợi tức liên bang năm ngoái, cộng hết các số lợi tức đã khai. Đừng trừ đi những khoản lỗ.

Câu Hỏi 41

- Quý vị tùy ý ghi hay không ghi số An Sinh Xã Hội trong câu hỏi này.

ĐOẠN 5

Các Khoản Khấu Trừ Trong Lợi Tức Gia Đình.

Câu trả lời này sẽ giúp chúng tôi quyết định về các số tiền chúng tôi có thể dùng để giảm bớt lợi tức hàng tháng của gia đình quý vị.



Câu Hỏi 42

Chúng tôi có thể trừ bớt trong lợi tức gia đình **số tiền phải cấp dưỡng cho con hoặc chu cấp cho người phổi ngẫu** theo lệnh tòa.

Câu Hỏi 43

Viết tên người trả tiền cấp dưỡng cho con hoặc chu cấp cho người phổi ngẫu.

Câu Hỏi 44

Viết tổng số tiền mà cha hoặc mẹ của trẻ hoặc người phổi ngẫu của phụ nữ có thai (có ghi tên trong Đoạn 2) phải trả mỗi tháng để cấp dưỡng cho con hoặc chu cấp cho người phổi ngẫu.



Câu Hỏi 45

Viết tên mỗi trẻ được trông giữ hoặc người còn nương tựa được chăm sóc.

Câu Hỏi 47

Viết tổng số tiền phải trả mỗi tháng cho mỗi trẻ hoặc cho người còn nương tựa bị phế tật.

Chúng tôi có thể trừ bớt các số tiền trả cho dịch vụ **giữ trẻ và/hoặc chăm sóc cho người còn nương tựa bị phế tật** trong lợi tức gia đình nếu:

- số tiền đó do cha hoặc mẹ của trẻ hoặc người phổi ngẫu của phụ nữ có thai (có ghi tên trong Đoạn 2) trả; và
- cha hoặc mẹ của trẻ hoặc người phổi ngẫu của phụ nữ có thai (trong Đoạn 2) đang làm việc hoặc đang theo chương trình huấn luyện việc làm; và không có người nào trong nhà trông giữ trẻ hoặc chăm sóc cho người còn nương tựa.

Chúng tôi sẽ không khấu trừ nhiều hơn mức tối đa được phép trừ cho dịch vụ trông giữ mỗi trẻ hoặc chăm sóc cho mỗi người còn nương tựa bị phế tật. Các số tối đa này tùy thuộc vào tuổi của người được chăm sóc.

Số tiền tối đa hàng tháng được khấu trừ cho mỗi trẻ và người còn nương tựa bị phế tật là:

Trẻ dưới 2 tuổi		= \$ 200
Trẻ từ 2 tuổi trở lên		= \$ 175
Người còn nương tựa bị phế tật ở bất cứ tuổi nào		= \$ 175

CÁC KHOẢN KHẤU TRỪ CHI PHÍ LÀM VIỆC

Khấu trừ được tối đa là \$90 cho mỗi người trong gia đình có tên trong Đoạn 4 đang làm việc hoặc đang hưởng Bảo Hiểm Khuyết Tật của Tiểu Bang hoặc Bồi Thường Lao Động.

CÁC KHOẢN KHẤU TRỪ VỀ TIỀN CẤP DƯỠNG CHO CON VÀ TIỀN CHU CẤP CHO NGƯỜI PHỐI NGẦU

Nếu quý vị có lợi tức từ tiền cấp dưỡng cho con hoặc tiền chu cấp cho người phổi ngẫu, có thể khấu trừ bớt \$50 trong lợi tức của gia đình quý vị.

ĐOẠN 6

Bảo Hiểm Khác.



Câu Hỏi 48

Nếu **Medi-Cal** dài thọ cho các dịch vụ y tế quý vị cần đến vì bị tai nạn hoặc thương tích, phí tổn này có thể được rút từ số tiền thanh toán tố tụng nếu quý vị được lãnh tiền này.

Câu Hỏi 49

Medi-Cal có thể giúp dài thọ cho một số chi phí y tế mà quý vị chưa trả trong thời gian 3 tháng trước khi quý vị làm đơn này.

- Dù trong trường hợp quý vị nộp đơn xin chương trình **Healthy Families** và có các chi phí y tế mà quý vị chưa trả trong thời gian 3 tháng trước khi quý vị làm đơn này, **Medi-Cal** vẫn có thể trợ giúp.
- Nếu quý vị đánh dấu vào ô “có”, nhân viên **Medi-Cal** sẽ gọi cho quý vị để hỏi thêm chi tiết.

Câu Hỏi 50

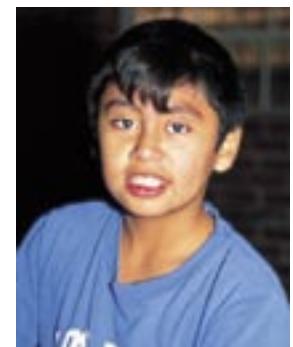
Nếu đứa trẻ trong Phần 2 tham gia chương trình bảo hiểm **Medi-Cal miễn phí**, và sau này lợi tức của quý vị tăng lên, hoặc tình trạng của quý vị thay đổi, chúng tôi sẽ gửi đơn xin của quý vị tới Chương Trình **Healthy Families**. Nếu quý vị không muốn đơn xin được gửi tới **Healthy Families**, xin đánh dấu vào ô này.

ĐOẠN 7

Chi Tiết Tự Nguyệt.

Câu Hỏi 51 và 52

Quý vị không phải trả lời các câu hỏi này.



ĐOẠN 8

Chữ Ký và Chứng Thực.

Câu Hỏi 53

Luật tiểu bang và liên bang đòi hỏi quý vị phải ký vào mẫu đơn này. Chữ ký của quý vị trong đoạn này có nghĩa là các lời tuyên khai và các câu trả lời của quý vị là đúng sự thực và các văn kiện quý vị nộp đều thực và đúng.



ĐOẠN 9

Giúp Điền Đơn.

Câu Hỏi 54

Khi đánh dấu vào ô này, quý vị cho phép chương trình **Healthy Families** và **Medi-Cal** cung cấp tin tức qua điện thoại về Tình Trạng Đơn Xin cho đại diện của Tổ Chức Ghi Danh Hội Viên (Enrollment Entity - EE) nói trên. Sự cho phép này sẽ kết thúc vào ngày chương trình gửi thư thông báo quyết định về tình trạng hội đủ điều kiện đối với Đơn Xin này.

Câu Hỏi 55

Quý vị xác nhận rằng quý vị đã được CAA giúp để chương trình có thể trả thù lao cho Tổ Chức Ghi Danh Hội Viên (EE) đó vì đã giúp quý vị.



ĐIỀN TRANG CỦA CHƯƠNG TRÌNH HEALTHY FAMILIES

Các Câu Hỏi từ 56 đến 64

Hãy trả lời các câu hỏi này nếu các con của quý vị xem chừng hội đủ điều kiện cho chương trình **Healthy Families** và quý vị muốn các em bắt đầu có bảo hiểm càng sớm càng tốt. Nếu không, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị sau để hỏi chi tiết này.

Cẩm Nang Healthy Families có các chi tiết quan trọng về chương trình này, các chương trình sức khỏe và nha khoa tại quận của quý vị, cách chọn bác sĩ hoặc nha sĩ và bảo phí. Hãy dùng **Cẩm Nang** để chọn một chương trình sức khỏe, nha khoa và thị lực.

Gửi kèm theo đơn bảo phí tháng đầu tiên, trang A1-A4. Nếu quý vị trả bảo phí 3 tháng liền ngay bây giờ, quý vị sẽ được **MIỄN** bảo phí tháng thứ tư (4)! Xin trả bảo phí cho Chương Trình **Healthy Families**. Quý vị có thể trả bằng chi phiếu cá nhân, ngân lệnh (money order) và chi phiếu thu ngân (cashier's check). Chúng tôi rất tiếc là không thể nhận tiền mặt. Xem **Cẩm Nang Healthy Families** để biết bảo phí hàng tháng của quý vị là bao nhiêu. Nếu con quý vị không hội đủ điều kiện cho chương trình **Healthy Families**, quý vị sẽ được hoàn lại số bảo phí này.

Muốn hỏi xin **Cẩm Nang Healthy Families**, xin gọi số điện thoại miễn phí, 1-800-880-5305. Hãy ghé web site của chúng tôi tại www.healthyfamilies.ca.gov.



CẦN CÁC VĂN KIỆN NÀO

- **Một bản sao giấy khai sinh** cho bất cứ người nào có quốc tịch hoặc là công dân Hoa Kỳ muốn xin bảo hiểm sức khỏe. Gửi ngay bây giờ hoặc trong vòng 60 ngày sau khi ghi danh.

HOẶC

Bằng chứng về tình trạng di trú hoặc biên nhận của

INS cho thấy là quý vị đã nộp đơn xin giấy tờ mới thay cho giấy tờ đã bị mất. Chỉ những người muốn xin bảo hiểm sức khỏe mới phải gửi bản sao văn kiện chứng minh ngày nhập cảnh (cả hai mặt) hoặc biên nhận ngay bây giờ hoặc trong vòng 30 ngày sau khi gia nhập. Nếu trẻ hoặc phụ nữ có thai không có giấy tờ di trú, họ vẫn hội đủ điều kiện hưởng các dịch vụ **Medi-Cal** về thai nghén hoặc cấp cứu.



- **Bằng chứng về các khoản khấu trừ** liệt kê trong Đoạn 5. Đối với dịch vụ giữ trẻ và chăm sóc cho người còn nương tựa, gửi biên nhận hoặc các chi phiếu đã bỏ.

- **Bằng chứng cư trú tại California.** Quý vị cũng có thể dùng bằng chứng về lợi tức làm bằng chứng cư trú. Nếu lợi tức của quý vị không phải tại California, gửi bằng chứng khác về nơi cư trú.

- Nếu có thai, hoặc nộp đơn xin cho trẻ chưa sinh, cần có **bằng chứng mang thai** do một bác sĩ hoặc y viện chứng nhận.

- **Bằng chứng lợi tức.** Gửi bản sao của cuống phiếu lương mới nhất. Nếu không có cuống phiếu lương, hãy nhờ hằng sổ cung cấp giấy chứng minh có chữ ký. Trên giấy này phải có ghi lợi tức gộp hàng tháng và ngày lãnh lương.

HOẶC

Gửi bản sao của đơn khai thuế lợi tức liên bang năm ngoái.

Các bằng chứng khác về lợi tức quý vị có thể cần phải gửi:

- Nếu tự làm việc lấy cho mình, hãy gửi giấy khai thuế lợi tức liên bang năm ngoái (với Schedule C) hoặc **bản kết toán lời lỗ của 3 tháng** sau cùng.
- Nếu người xin có lợi tức như lợi tức **phế tật hoặc hồi hưu**, gửi **bản sao thư cấp tiền hoặc bản kết toán của ngân hàng** cho thấy số tiền ký thác trực tiếp vào trương mục.
- Nếu có ai nhận **tiền dưỡng cho con và/hoặc tiền chu cấp cho người phối ngẫu**, gửi **bản sao các chi phiếu đã lãnh** hoặc **các bản kết toán của Ban Chu Cấp Gia Đình thuộc Văn Phòng Biện Lý Địa Hạt**, của tháng trước.
- Đối với riêng chương trình **Healthy Families**: Có thể dùng **"Thông Báo Quyết Định về Phần Đóng Góp Phí Tốn"** ("Share-of-Cost Notice of Action") của **Medi-Cal** trong 30 ngày qua cho thấy đứa trẻ có phần đóng góp phí tổn để làm bằng chứng về lợi tức.

Thông Báo về Vấn Đề Giữ Kín Chi Tiết Medi-Cal:

Các chi tiết cung cấp trong đơn này là các chi tiết riêng tư và được giữ kín theo các Đoạn 10850 và 14100.2 của Bộ Luật An Sinh và Định Chế. Các chi tiết này chỉ được tiết lộ theo đúng quy định của các luật này.

Các Quyền, Trách Nhiệm và Tuyên Khai Medi-Cal:

Tôi có quyền:

- được đối xử công bằng và bình đẳng bất luận chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc quốc gia, phái tính, tuổi tác, hoặc chính kiến của tôi.
- yêu cầu có thông dịch viên.
- yêu cầu mở một buổi phân xét công bằng nếu tôi nghĩ rằng quyết định về trường hợp **Medi-Cal** của tôi là bất công hoặc sai lầm. Tôi phải xin mở buổi phân xét trong vòng 90 ngày sau khi nhận được "Thông Báo Quyết Định". Muốn hỏi về các buổi phân xét công bằng **Medi-Cal**, gọi số **điện thoại miễn phí 1-800-952-5253**.



Tôi có trách nhiệm:



- gửi phúc trình về tình trạng của tôi khi được quận yêu cầu.
- phúc trình trong vòng 10 ngày bất cứ thay đổi nào về các chi tiết tôi đã ghi trong đơn này.
- cho quận biết nếu có một người trong gia đình: nộp đơn xin các quyền lợi phế tật; đang ở trong một viện công; hoặc được chăm sóc y khoa vì bất cứ tai nạn hoặc thương tích nào do người khác gây ra.
- hợp tác nếu trường hợp của tôi được tái duyệt.

Tôi tuyên khai rằng mỗi người đang được tôi nộp đơn xin cho họ đều:

- cư ngụ tại California và dự định sẽ ở đây.
- không làm chủ hoặc đang cho thuê một căn nhà cư trú chính bên ngoài California.
- không hưởng trợ cấp công từ bên ngoài California.
- không đang bị giam, ngồi tù, hoặc bất cứ trại cải huấn nào.



Tôi tuyên khai thêm rằng:

- Tôi hiểu rằng nếu muốn được hưởng **Medi-Cal**, tất cả các quyền được cung cấp dịch vụ y tế sẽ đương nhiên được giao cho Tiểu Bang California.
- Nếu tôi không hội đủ điều kiện cho chương trình **Medi-Cal** này, tôi hiểu rằng tôi có thể hội đủ điều kiện cho các chương trình khác và có quyền nộp đơn xin các chương trình đó.
- Nếu tôi cố tình không cung cấp các dữ kiện cần thiết, hoặc nếu tôi cung cấp các dữ kiện sai lạc, tôi hiểu rằng mình có thể bị từ khước hoặc chấm dứt các quyền lợi và có thể phải hoàn trả lại tiền. Tôi cũng có thể bị điều tra xem có gian lận hay không.

Thông Báo về Quyền Riêng Tư Medi-Cal:

Đạo Luật Thực Hành Thông Tin năm 1977 và Đạo Luật của Liên Bang về Quyền Riêng Tư đòi hỏi Bộ Y Tế phải cung cấp các chi tiết sau đây: Đoạn 14011 của Bộ Luật An Sinh và Định Chế và các điều lệ trong Tiêu Đề 22, CCR, đòi hỏi những người xin hưởng chương trình **Medi-Cal** phải cung cấp các chi tiết về tư cách hội đủ điều kiện được hỏi trong đơn này. Các chi tiết này có thể được tiết lộ cho các cơ quan liên bang, tiểu bang, và địa phương để phối kiềm tư cách hội đủ điều kiện và dùng vào các mục đích khác liên quan đến vấn đề điều hành chương trình **Medi-Cal**, kể cả việc xin INS xác nhận về tình trạng di trú của riêng những người xin hưởng toàn bộ quyền lợi **Medi-Cal**. (Luật liên bang quy định rằng INS không được dùng các chi tiết này cho bất cứ mục đích gì khác ngoại trừ trường hợp gian lận.) Các chi tiết này sẽ được Các Hệ Thống Dữ Kiện Điện Tử sử dụng để tiến hành thủ tục đơn xin và lập Thẻ Căn Cước Quyền Lợi (BICs). Nếu không cung cấp các chi tiết này thì đơn xin có thể bị bác.

Các chi tiết được hỏi trong đơn là các chi tiết bắt buộc phải cung cấp, trừ phần chi tiết về sắc tộc, và bất cứ mục nào khác có ghi là tự nguyện hoặc nhiệm ý. Phải cung cấp số An Sinh Xã Hội theo Đoạn 1137(a)(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và Đoạn 14011.2 của Bộ Luật An Sinh và Định Chế, trừ trường hợp chỉ xin hưởng các quyền lợi liên quan đến thai nghén hoặc cấp cứu mà thôi.



Mọi người đều có quyền yêu cầu xem các hồ sơ có chi tiết cá nhân của mình do Bộ Y Tế lưu giữ. Hãy liên lạc với sở y tế và nhân vụ/dịch vụ xã hội tại quận của quý vị để yêu cầu xem hồ sơ của quý vị.



Muốn Được Giúp Đỡ Bằng Ngôn Ngữ Của Quý Vị...Xin Gọi Số Điện Thoại Miễn Phí, 1-800-880-5305



For English information, Press 1.....



Si desea información en español, oprima el 2.....



Muốn được giúp đỡ bằng tiếng Việt, xin gọi số trên và Bấm số 3.....



សូមបានជំនួយថ្មីម៉ាកាសាខ្មែរ, សូមទូរសព្ទទៅលេខាងលើហើយចុចលេខ 4.....



Yog koj xav paub xov ntxiv hais ua lus Hmoob, thov koj hu tus xov tooj teev los saum toj no, tom qab ntawd, koj mam nias tus nabnpawb 5.....



Հայերենով տեղեկություն ստանալու համար խնդրում ենք հեռախոսի վերը նշված համարով եւ սեղմեք 6.....



如需粵語資料，請撥上列號碼並按 7.....



한국어로 된 정보를 원하시면, 위에 나온 번호로 전화하신 다음 (8) 을 누르십시오.....



Для получения информации на русском языке звоните, пожалуйста, по вышеуказанному телефону и нажмите кнопку 9.....



برای کسب اطلاعات به زبان فارسی با شماره فوق الذکر تماس بگیرید و شماره ۰ را فشار دهید.....

